

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Медведев М.Н., Самсонова И.В., Малашенко С.В., Лакисов П.П.

*УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»*

Постчернобыльский период ознаменовался в Республике Беларусь значительным ростом заболеваемости раком щитовидной железы, особенно среди детского населения (1).

Выбор метода лечения опухолевых процессов щитовидной железы и прогноз заболевания зависит от правильности постановки диагноза, а в этом приоритетное место занимают морфологические методы диагностики – цитологический, гистологический, гистохимический и иммуногистохимический. Следует отметить, что морфологическая диагностика опухолей щитовидной железы является одной из наиболее трудных областей онкоморфологии. Да и сами подходы к критериям этой диагностики претерпели в последние годы радикальные изменения (2).

Целью работы явился анализ литературных данных и выделение критериев морфологической диагностики папиллярного и фолликулярного рака щитовидной железы с учетом нашего опыта практической работы.

Первая международная классификация опухолей щитовидной железы была предложена экспертами ВОЗ в 1974 году. Основным недостатком ее явилось то, что она не полностью учитывала гистогенез опухолей из различных клеток щитовидной связи.

В этой связи Н.А.Краевским и соавт. была предложена классификация с учетом источника развития опухолей, что явилось безусловным ее достоинством (3). Однако данная классификация не нашла широкого практического применения, а некоторые ее моменты (в частности, выделение авторами папиллярной аденомы) являются весьма дискуссионными.

В 1986 году международная гистологическая классификация ВОЗ была пересмотрена и сейчас является основой при постановке патогистологического диагноза. Согласно этой классификации выделяют следующие группы опухолей щитовидной железы:

I. Эпителиальные опухоли.

A. доброкачественные

1. фолликулярная аденома
2. другие

Б. злокачественные

1. фолликулярная карцинома
2. папиллярная карцинома
3. медуллярная (С-клеточная) карцинома
4. недифференцированная (анapластическая) карцинома
5. другие

II. Неэпителиальные опухоли

III. Злокачественные лимфомы

IV. Смешанные опухоли

V. Вторичные опухоли

VI. Неклассифицируемые опухоли

VII. Опухолеподобные поражения

В соответствующих главах классификации каждая группа опухолей описывается подробно. Обобщая современные подходы к морфологической диагностики опухолей щитовидной железы, можно выделить следующие ключевые моменты:

1. При дифференциальной диагностике фолликулярной аденомы и узлового коллоидного зоба сле. ует, прежде всего, обращать внимание на наличие четко выраженной капсулы вокруг опухоли и отличие в строении ткани узла от окружающей ткани щитовидной железы. При наличии этих критериев можно говорить о фолликулярной аденоме.

2. Дифференциальная диагностика фолликулярной аденомы и фолликулярного рака строится, прежде всего, на наличии или отсутствии четкой инвазии опухоли в капсулу и крупные сосуды. При этом опухоль должна прорастать всю толщу капсулы. Скопление фолликулярных клеток в толще капсулы и неровность контура внутренней ее границы не являются достаточными, чтобы говорить об инвазии в капсулу. При оценке сосудистой инвазии опухоли следует помнить о возможных обусловленных хирургическим вмешательством и вырезкой материала артефактах – обнаружение в сосудах единичных опухолевых клеток. При этом наиболее достоверным критерием сосудистой инвазии является наличие в сосудах опухолевых клеток, принимающих тромбоподобный вид, частично или полностью закупоривая просвет сосуда. Опухолевый эмбол должен быть прикреплен к эндотелию или покрыт им.

3. Морфологическое заключение при папиллярном раке щитовидной железы основывается, в основном, на цитологических данных, поэтому патоморфолог должен оценить строение опухолевой клетки. При этом критериями папиллярного рака являются:

- наличие истинных папиллярных структур,
- наличие псаммомных телец,
- феномен напоязания или притертости клеточных ядер,
- частое расположение хроматина вдоль ядерной мембраны, из-за чего ядра выглядят как неокрашенные «пустые». Форма ядер нередко овоидная, контуры неровные, «изломанные»,
- внутриядерные цитоплазматические включения,
- внутриядерные борозды, которые представляют собой инвагинации ядерной мембраны внутрь ядра в виде ее линейного утолщения,
- более крупные ядра опухолевых клеток по сравнению с нормальными или при зобе.

Следует отметить, что каждый из перечисленных цитологических признаков папиллярного рака не является специфичным, в связи с чем диагноз может быть поставлен только при наличии одновременно нескольких цитологических критериев.

4. Медуллярный рак построен из округлых или веретеновидных мелких клеток с глыбчатым хроматином, формирующих мелкие альвеолярно-солидные или трабекулярные структуры. Важным диагностическим признаком является наличие в строме опухоли амилоида и выработка опухолевыми клетками кальцитонина, выявляемого иммуногистохимически.

5. Анапластический рак является высокозлокачественной опухолью, обладающей быстрым инфильтрирующим ростом с прорастанием окружающих тканей, склонностью к метастазированию и, как следствие, плохим прогнозом

Гистологически анапластический рак выглядит очень вариабельно и часто представляет собой сочетание нескольких компонентов – веретенноклеточного, гигантоклеточного и сквамозного (плоскоклеточного). При преобладании того или иного компонента выделяют соответствующий вариант. При любом варианте анапластического рака обращает на себя внимание высокая митотическая активность, некрозы, высокая инвазивность как в ткани самой щитовидной железы, так и за ее пределы

В настоящее время большинство исследователей выделяют (в отличие от последней классификации ВОЗ) плоскодифференцированный (низкодифференцированный) рак или инсуюлярную карциному (4). Необходимость выделения данной формы рака обусловлена ее особенностями по сравнению с другими вариантами фолликулярного рака:

- инсуюлярная карцинома обладает большей склонностью к метастазированию и имеет характерное гистологическое строение – наличие хорошо контурированных островков (гнезд) круглой или овальной формы, которые состоят из мелких клеток с круглыми довольно крупными ядрами и скудной цитоплазмой,

- характерен инфильтрирующий рост и инвазия в сосуды,

- иммуногистохимически в клетках инсуюлярной карциномы определяется реакция на тиреоглобулин и кератин

Таким образом, при морфологической диагностике опухолей щитовидной железы очень важен комплексный подход с использованием цитологических, гистологических, морфометрических и иммуногистохимических критериев

Литература:

1. Демидчик, Е.П. Рак щитовидной железы у детей (последствие аварий на Чернобыльской АЭС) / Е.П. Демидчик, А.Ф. Цыб, Е.Ф. Лушников – М. Медицина, 1996 – 206 с.
2. Хмельницкий, О.К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний щитовидной железы / О.К. Хмельницкий. – СПб: СОТИС, 2002 – 288 с.
3. Краевский, Н.А. Гистологические основы классификации опухолей щитовидной железы в свете современных представлений о строении и функции этого органа / Н.А. Краевский, Н.Т. Райхлин // Архив патологии. – 1975 – №1. – С.22-28
4. Rossai, J. Tumors of the thyroid gland / J. Rossai, M. Carcangiu, R. De Lellis. – Washington, D.C. Armed Forces Institute of pathology. 1992 – 343 p